



Enquetekommission II

11. Sitzung (öffentlicher Teil¹)

26. April 2024

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:03 Uhr bis 11:18 Uhr

Vorsitz: Dr. Hartmut Beucker (AfD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

- | | | |
|----------|---|----------|
| 1 | Krisen- und Notfallmanagement im Kontext von Pandemie (vulnerable Gruppen) | 3 |
| | – Anhörung von Sachverständigen (s. <i>Anlage</i>) | |

* * *

¹ nichtöffentlicher Teil mit TOP 2 bis 4 siehe nöEKPr 18/16

1 Krisen- und Notfallmanagement im Kontext von Pandemie (vulnerable Gruppen)

– Anhörung von Sachverständigen (s. Anlage)

Vorsitzender Dr. Harmut Beucker: Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich begrüße Sie herzlich zur 11. Sitzung der Enquetekommission II. Die Einladung zu dieser Sitzung mit der Nummer E 18/767 ist Ihnen zugegangen. Danach haben wir heute einen öffentlichen und einen nichtöffentlichen Teil. Sofern sich kein Widerspruch erhebt, ist die Tagesordnung gemäß dieser Einladung beschlossen. – Wir werden jetzt im öffentlichen Teil eine Anhörung durchführen.

Sehr geehrte Sachverständige, ich darf Sie namens der Enquetekommission herzlich begrüßen und Ihnen unseren ausdrücklichen Dank für die Teilnahme an dieser Anhörung sowie für Ihre Bereitschaft zur Abgabe von Stellungnahmen aussprechen.

Zunächst möchte ich einige organisatorische Hinweise geben. Die heutige Anhörung ist öffentlich; sie wird auch per Livestream übertragen und anschließend auf der Homepage des Landtags abrufbar sein. Eigene Ton-, Film- oder Bildaufnahmen während der Sitzung sind untersagt.

Auf Ihren Plätzen finden Sie eine Übersicht, mit deren Hilfe Sie die Stellungnahmen den Sachverständigen bzw. den Institutionen zuordnen können. Zudem sind im Eingangsbereich Überdrucke der Stellungnahmen ausgelegt.

Aus zeitlichen Gründen ist nicht vorgesehen, dass die Sachverständigen ihre schriftlichen Stellungnahmen in einem Eingangsstatement mündlich zusammenfassen. Ich gehe vielmehr davon aus, dass die Abgeordneten die schriftlichen Stellungnahmen gelesen und ausgewertet haben und nunmehr Fragen an die Sachverständigen richten, um einzelne Sachverhalte zu vertiefen bzw. zu hinterfragen.

Zunächst wird jede Fraktion eine Frage an einen Sachverständigen richten. Die sachverständigen Mitglieder der Enquetekommission haben ebenfalls das Recht, Fragen zu stellen, die auf die betreffende Fraktion angerechnet werden. Die angesprochenen Personen werden dann in einer ersten Runde auf diese Fragen antworten; für die Beantwortung einer Frage stehen maximal 3 Minuten zur Verfügung. Anschließend folgt die nächste Fragerunde. Damit beginnen wir die erste Fragerunde. Bitte schön.

Christian Berger (CDU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Liebe Sachverständige! Vielen Dank für die Teilnahme an dieser Sitzung der Enquetekommission und vielen Dank für Ihre schriftlichen Stellungnahmen im Vorfeld. Die Stellungnahmen haben wir alle aufmerksam gelesen, und wie üblich ergibt sich die eine oder andere Rückfrage.

Liebe Claudia Middendorf, welche Maßnahmen führt die Landesregierung Nordrhein-Westfalen durch, um die Lage von vulnerablen Personengruppen in Nordrhein-Westfalen zu verbessern? Das hätten wir gerne noch ein wenig erörtert. – Vielen Dank.

Rodion Bakum (SPD): Namens der SPD-Fraktion bedanke ich mich herzlich für die Teilnahme an dieser Anhörung und für Ihre ausführlichen Stellungnahmen, die Sie uns im Vorfeld übermittelt haben.

Frau Middendorf, Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass man Personen nicht pauschal vulnerablen Gruppen zuordnen solle. Könnten Sie benennen, wer am Ende des Tages tatsächlich einer vulnerablen Gruppe angehört? Wie würden Sie hier weiter differenzieren?

Jule Wenzel (GRÜNE): Einen schönen guten Morgen! Einen herzlichen Dank namens der Grünen-Fraktion an die Sachverständigen für die Bereitschaft, an dieser Anhörung teilzunehmen. Ich freue mich besonders, Herrn Dr. Lüder und Herrn Dr. Illing wiederzusehen. Sie haben uns schon in vorherigen Anhörungen mit Ihrem Wissensschatz zur Verfügung gestanden. Vielen Dank, dass Sie uns so tatkräftig unterstützen.

Meine erste Frage richtet sich auch an Sie beide. Gibt es Konzepte dafür, wie vulnerable Gruppen lokalisiert werden bzw. wie sie zu erreichen sind, damit im Ernstfall schnell reagiert werden kann?

Susanne Schneider (FDP): Herr Vorsitzender! Werte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren Sachverständige, ich danke namens der FDP-Landtagsfraktion für Ihre Stellungnahmen im Vorfeld und für Ihre Teilnahme an dieser Anhörung.

Herr Rettstadt, wie können die Hausärzte dazu beitragen, den Zugang zu Gesundheitsdiensten für vulnerable Gruppen vor allem in, ich sage einmal, benachteiligten Gebieten oder im ländlichen Raum zu verbessern? – Vielen Dank.

Vorsitzender Dr. Harmut Beucker: Ich halte mich erst einmal ein wenig zurück. – Die Antwortrunde beginnt Frau Middendorf.

Claudia Middendorf (Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete! Herzlichen Dank für die Einladung zu dieser Anhörung, in der ich meine Interessenvertretungen sozusagen vorstellen kann.

Vorab möchte ich betonen, dass ich in meiner Funktion unabhängig, aber für die Landesregierung beratend tätig bin. Während der Coronazeit stand ich in einem regelmäßigen Austausch mit den Interessenvertretungen, und mir war es wichtig, dass ich die Landesregierung und insbesondere das Gesundheits- und das Schulministerium in dieser Situation begleiten und unterstützen konnte.

Lieber Christian Berger, zu der Frage, wie man mit der Lage von vulnerablen Gruppen umgehen kann bzw. wie die Landesregierung damit umgegangen ist: Ich habe regelmäßig Bürgersprechstunden in Form von Telefonsprechstunden durchgeführt, denn mir war wichtig, dass wir nicht nur über, sondern mit den Menschen sprechen.

Gerade beim Themenbereich „Selbsthilfe im Gesundheitsbereich“, bei dem wir das PatientInnen-Netzwerk Nordrhein-Westfalen und die Gesundheitsselfhilfe NRW haben, hatten wir auch sehr schnell und regelmäßig Videoschalten. Denn wir wollten zum einen schauen, wie die Lage in der Selbsthilfe ist und welche Unterstützung dort

benötigt wird, und zum anderen auf die Situation der vulnerablen Gruppen und letztendlich die chronisch kranken Menschen blicken, um auch dort zu unterstützen.

Die Menschen mit Behinderung sind der weitere Themenbereich, den ich sozusagen besetze. Hier hatten wir montags immer eine zweistündige Videoschleife, und die Landesregierung – insbesondere die Inklusionsabteilung – war hinsichtlich Lösungen bei Themen wie Werkstätten für Menschen mit Behinderung oder dem Umgang von Menschen mit Behinderung mit der Coronasituation sehr eifrig. Auch das Thema „Einsamkeit“ könnten wir jetzt noch einmal diskutieren. In diesen Videoschleifen haben wir letztendlich alle Themenlagen angesprochen.

Darüber hinaus waren mir die pflegenden Angehörigen wichtig. Das ist ein Thema, das mich auch immer noch umtreibt. Die pflegenden Angehörigen waren wenig in den Settings vertreten bzw. haben gar keine Beachtung gefunden. In meiner Stellungnahme habe ich dargestellt, dass mir ein regelmäßiger Austausch mit dem Landesverband der pflegenden Angehörigen „wir pflegen NRW“ wichtig ist. Diese Gruppe, die gerade in der Krisenzeit viele vulnerable Menschen – sprich: Ältere, Kranke und chronisch kranke Menschen – betreut und begleitet hat, benötigte eine besondere Unterstützung, und hier stehen wir immer noch in einem regelmäßigen Kontakt.

Ich möchte betonen, dass wir – ich sage jetzt einmal wir; Herr Minister und letztendlich auch ich – nach der Coronazeit mit den entsprechenden Personengruppen reflektiert haben, was sich verbessern ließe und was man verbessern muss. Die Coronazeit war eine Situation, die wir erstmalig hatten, denn eine Pandemie gab es bis dahin nicht. Wir standen im Gesundheitswesen zwar vor vielen Herausforderungen, aber so etwas gab es noch nicht. Ein regelmäßiger Austausch hat bereits vor der Pandemiezeit stattgefunden. Im Nachgang der Pandemie war es uns aber besonders wichtig, regelmäßig zwei bis drei Videoschleifen sowie Präsenzveranstaltungen mit den verschiedenen Interessenvertretungen durchzuführen und dabei zu Herausforderungen und Krisensituationen in den Dialog zu kommen.

Herr Bakum, zu Ihrer Frage nach der Differenzierung von Gruppen: Ich denke, dass man eine Differenzierung gar nicht so genau vornehmen kann, denn es zählen zum Beispiel nicht alle Menschen mit Behinderung zu einer vulnerablen Gruppe. Ich habe das in meiner Stellungnahme auch dargelegt. Einige dieser Menschen haben eine chronische Erkrankung oder sind durch ihre Beeinträchtigung vulnerabel. Letztendlich kann man aber, wie gesagt, keine genaue Differenzierung vornehmen.

Für mich ist wichtig, auf den Bereich der chronisch erkrankten Menschen zu achten. Bei dieser Gruppe, die wir auch bei der Impfstrategie im Blick hatten, ist nach meiner Auffassung wiederum eine klare Differenzierung möglich. – Danke.

Dr. Christian Illing (Deutsches Rotes Kreuz): An mich war die Frage gerichtet, ob es Konzepte gibt, die eine Lokalisierung und das Erreichen von vulnerablen Gruppen sicherstellen. Im institutionalisierten Bereich ist es relativ einfach, denn dort wissen wir, wenn wir zum Beispiel über Pflegeeinrichtungen sprechen, wo sich diese Menschen befinden. Demgegenüber stellt der private und heimische Bereich eine besondere

Herausforderung dar, weil hier eine Erreichbarkeit nicht so einfach gegeben oder über das Telefonbuch herzustellen ist.

Unseres Wissens gibt es kein allgemeingültiges Konzept, das sich diesbezüglich etabliert hätte. Wir konnten jedoch anhand verschiedener Projekte für den Bereich der ambulanten Pflege und des Quartiermanagements sowie bei der Einbeziehung von spontan Helfenden in diesem Kontext aufzeigen, dass insbesondere eine enge Vernetzung von Akteuren im Vorfeld hilfreich ist. Genau hier gibt es unseres Erachtens aber auch große Herausforderungen.

Es ist extrem wichtig, die Begriffe „Vulnerabilität“ und „Resilienz“ als situativ und dynamisch zu verstehen, denn wer in der einen Lage vulnerabel ist, mag das in einer anderen Lage oder für jemand anderen überhaupt nicht sein. Insofern ist es wichtig, die Akteure im Vorfeld zusammenzubringen. Im Bereich der Gefahrenabwehr spricht man davon, in der Krise Köpfe zu kennen, und genau das ist wichtig.

Menschen aus dem Quartiersmanagement, vielleicht auch Pflegedienstbetreiber, zivile Vereine oder wir Akteure in der Gefahrenabwehr und im behördlichen Kontext müssen zusammenkommen können, um die Herausforderungen zu besprechen und zu wissen, wer sich wo befindet und wer was kann. Da es aber keine übergreifenden Konzepte geben muss, geschieht das auf einer sehr lokalen Ebene.

Dr. Sascha Rolf Lüder (Deutsches Rotes Kreuz): Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich möchte das gerne um einen Aspekt ergänzen. Wir haben in unserer Stellungnahme geschrieben, dass vulnerable Bevölkerungsgruppen bei den Planungen im Bereich der Krisen- und Katastrophenvorsorge mitgedacht werden müssen. Ich erinnere mich auch, in vergangenen Anhörungen, an denen wir teilgenommen haben, immer darauf hingewiesen zu haben, dass wir vor der Neufassung des Gesetzes über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz stehen.

Dabei ist ein Anliegen, beim Katastrophenschutz zu einer Bedarfsplanung zu kommen, wie das im Rettungsdienst, im Brandschutz und der Hilfeleistung schon lange Praxis ist. Diese Bedarfsplanung, die sowohl auf der lokalen Ebene als auch landesweit angedacht ist – so ist es jedenfalls geplant, wie wir das hören –, bietet dann eine Möglichkeit bzw. die Chance, eine Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen vorzusehen.

Das ist natürlich eine Herausforderung, weil das über den klassischen Bereich der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr hinausgeht und auch andere Ressorts der Regierung betrifft. Dieser vernetzte Ansatz muss an dieser Stelle aber eine Rolle spielen. Insofern es für uns wichtig, in dieser Enquete, in der man über Einzelmaßnahmen hinaus denken möchte und auch hinaus denkt, darauf hinzuweisen. – Vielen Dank.

Lars Rettstadt (Hausärzteverband Westfalen-Lippe): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Danke für die Einladung zu dieser Anhörung.

Frau Schneider, ich habe ein Problem mit der Definition von vulnerablen Gruppen. Es steht hier für alle noch nicht fest, wer vulnerabel ist und wen das letztendlich betrifft; das ist ein großes Feld. Ich kann Ihnen aber sagen, was für die Hausärztinnen und Hausärzte in Westfalen-Lippe bzw. in Nordrhein-Westfalen wichtig ist.

Für uns ist immer die Schwere der Erkrankung unserer Patienten von Bedeutung. Dann ist die Frage, wie selbstständig die Patienten sind und wie selbstständig sie ihr Leben regeln können. Das sind für uns die Punkte, aufgrund derer wir anders an die Patienten und an die Versorgung herangehen.

Das heißt, für uns sind diejenigen vulnerabel, die nicht zu uns in die Praxis kommen können und wir einen Hausbesuch machen müssen, sowie diejenigen, die behindert oder dement sind. Ich schließe jetzt explizit auch die Kinder ein, weil ein Großteil von ihnen in den Haushaltspraxen mitversorgt wird.

Die Identifikation ist immer dort, wo ein vermehrter Hilfsbedarf vorhanden ist. Dann ist für uns die Frage, wie wir die Hilfe organisieren. In der Pandemie war das eigentliche Problem, unsere Patienten erst einmal zu erreichen und die Arbeit zu organisieren, die durch die betreffenden Schutzmaßnahmen – ohne die Schutzmaßnahmen jetzt bewerten zu wollen – deutlich erschwert wurde.

Für uns Hausärztinnen und Hausärzte ist ein wichtiger Aspekt, wie wir unsere Patienten erreichen. Wenn es wiederum um die Identifizierung geht, sind für uns die Schwere der Erkrankung und die Selbstständigkeit der Patienten sehr wichtige Aspekte.

Vorsitzender Dr. Harmut Beucker: Herzlichen Dank Ihnen, Herr Rettstadt, und natürlich auch den anderen Sachverständigen für diese erste Antwortrunde. Wir beginnen jetzt die zweite Fragerunde bei der CDU.

Christian Berger (CDU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Unsere zweite Frage richtet sich an die Kollegen vom Deutschen Roten Kreuz. Vielen Dank, dass Sie an dieser Anhörung teilnehmen, Herr Dr. Lüder und Herr Dr. Illing. Wir nehmen Bezug auf die vorhergehende Frage und Ihre Antwort dazu, und ich möchte den Zoom einmal ein wenig aufziehen.

Gibt es Best-Practice-Beispiele oder gute Fallbeispiele außerhalb unseres Bundeslandes oder sogar außerhalb unserer Landesgrenzen, die für Sie interessant sind und die wir auf NRW aus Ihrer Sicht anwenden könnten?

Rodion Bakum (SPD): Meine Frage richtet sich ebenfalls an Herrn Dr. Illing und an Herrn Dr. Lüder. Sie haben das Projekt „AUIK“, also die Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen, benannt. Uns würden die Ergebnisse aus diesem Projekt interessieren.

Könnten Sie uns verdeutlichen bzw. Ergebnisse dazu präsentieren, wie der Bevölkerungsschutz und die ambulante Pflege stärker zusammenarbeiten können und wie wir gegebenenfalls die pflegenden Angehörigen berücksichtigen können?

Jule Wenzel (GRÜNE): Wir geben unsere Fragemöglichkeit an unsere ständige Sachverständige Frau Professor Hofinger weiter.

Prof.'in Dr. Gesine Hofinger (Sachverständige EK II [per Video zugeschaltet]): Guten Morgen! Ich bin sehr froh, dass alle Sprechenden betonen, dass Menschen nicht grundsätzlich vulnerabel sind. Meine Frage bezüglich des Umgangs mit vulnerablen Gruppen bzw. mit Personen in vulnerablen Situationen richtet sich an Herrn Dr. Illing.

Gibt es Konzepte oder Strategien, wie man Maßnahmen planen kann, die auf Zielgruppen oder auf spezifische Vulnerabilitäten auch hinsichtlich Frage der Ressourcenverteilung eingehen? Wie könnte eine solche Strategie aussehen, und was würden Sie hier von der Regierung benötigen? Könnten Sie uns dazu ein wenig mehr aus der Praxis berichten? – Vielen Dank.

Susanne Schneider (FDP): Herr Rettstadt, die Hausärzte haben in der Pandemie einen Wahnsinnsjob gemacht, wenn ich das einmal so flapsig formulieren darf.

Eine Anhörung ist immer auch ein wenig „Wünsch‘ Dir was“. Wenn Sie zurückblicken und sagen: „Das hätte ich mir anders gewünscht, das hätte ich anders organisiert“ und so etwas noch einmal kommt – ich habe neben mir einen wunderbaren Virologen sitzen; so etwas wird irgendwann einmal wieder kommen –, was müsste dann auf jeden Fall anders laufen oder anders gemacht werden, und wo bedarf es mehr Unterstützung?

Dr. Hartmut Beucker (AfD): Meine Frage richtet sich an die Vertreter des Roten Kreuzes. Sie schreiben in der Einleitung Ihrer Stellungnahme, dass die Sterblichkeit der 75- bis 94-Jährigen im Jahrhundertsommer 2003 stark gestiegen sei. Hat Ihrer Ansicht nach dabei die Versorgung mit Klimaanlage eine Rolle gespielt, und wie sieht die Lage jetzt aus? Sehen Sie diesbezüglich noch Defizite, sofern Sie dazu eine Übersicht haben? – Vielen Dank.

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Wir sind jetzt am Ende dieser Fragerunde und beginnen bei der Beantwortung der Fragen bei Herrn Rettstadt.

Lars Rettstadt (Hausärzteverband Westfalen-Lippe): Frau Schneider, ich möchte auf einer größeren Ebene denken, wie die Gesundheit organisiert ist.

Wir, die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, sind über die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern organisiert. Ein extremes Problem während der Pandemie war, dass das Land zwar über das Gesundheitsministerium organisiert ist, aber kein Landesgesundheitsamt existiert. In jeder Kommune hatte man unterschiedliche Auslegungen der einschlägigen Gesetze und Verordnungen, und jede Kommune hatte einen unterschiedlichen Umgang und ein anderes Vorgehen in der Pandemie. Das hat viele Sachen deutlich erschwert.

Ein Landesgesundheitsamt kommt jetzt wieder.

(Claudia Middendorf [Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen]: Ja!)

Aus unserer Sicht ist das ein wichtiger Schritt, um einen vernünftigen Überbau zu haben und in die Kommunen und Landkreise vernünftig kommunizieren zu können. Damit läuft das Ganze strukturierter ab und wird auch strukturierter abgearbeitet.

Des Weiteren sprechen dann alle mit einer Stimme. Für einen Hausarzt aus Dortmund, der seine Patienten in Lünen versorgt, ist es zum Beispiel extrem schwierig, wenn er in Lünen seitens des Gesundheitsamts andere Maßnahmen als in Dortmund oder in Unna vorfindet. Deswegen ist für uns die Struktur eines Landesgesundheitsamts, die jetzt neu geschaffen wird, ein wichtiger Punkt, um steuernd einzugreifen.

Viele Dinge innerhalb der Kommunen haben aber auch gut geklappt. Die Schnittstellen zwischen den jeweiligen Beteiligten sind allerdings wichtig.

Es wurden gerade der Rettungsdienst und die Krankenhäuser genannt. Den Hauptteil der ambulanten Versorgung übernehmen wiederum die Hausärztinnen und Hausärzte, die in irgendwelchen Gremien oder Sitzungen oftmals aber nicht vertreten sind, weil das häufig keiner auf dem Schirm hat. Wichtig wäre, das so zu systematisieren, dass vor Ort immer wenigstens eine Hausärztin oder ein Hausarzt dabei ist, der einfach einmal sagt, welche Erfordernisse im Hinblick auf die Besuche der Patienten im Heim zu erfüllen sind, denn es geht nicht, dass jedes Altenheim Extrawürstchen brät.

Das heißt, die Hausärztinnen und Hausärzte brauchen eine vernünftige Kommunikation mit allen Beteiligten. Zudem müssen die Schnittstellen genau definiert werden. Im Falle einer erneuten Pandemie oder eines Krisenfalls müssen wir sofort sagen können, wer unser Ansprechpartner ist, um besprechen zu können, wie wir das jeweilige Problem lösen. Wenn wir das machen, bin ich sicher, dass wir in der Arbeit in der Gesundheitsversorgung insgesamt deutlich schneller und erfolgreicher sein werden.

Dr. Christian Illing (Deutsches Rotes Kreuz): Ich beginne mit der Beantwortung der Frage hinsichtlich der Sterblichkeit und der besonderen Vulnerabilität gerade von älteren Menschen. Tatsächlich liegt uns darüber nicht wirklich mehr an Informationen vor. Es ist aber relativ offensichtlich, dass klimatisierte Räume hilfreich sind, um dem Hitzestress zu entgehen. Aus der Medizin ist bekannt, was Hitzestress für den Körper bedeutet, wie die Auswirkungen sind, und dass ältere Menschen oder Menschen mit Vorerkrankungen diesbezüglich besonders gefährdet sind.

Hier zeigt sich auch wieder, dass eine Vernetzung innerhalb von Quartieren oder von Bezirken hilfreich sein kann, um ein Bewusstsein dafür zu haben, wo jemand ist. Dort, wo ich aufgewachsen bin, kannte ich – zumindest gefühlt – alle Nachbarn in der Straße. Das ist jetzt ein wenig anders, und ich habe auch das Gefühl, dass das Interesse etwas weniger ist. Es hilft allerdings natürlich, wenn jemand weiß, wer in den Nachbarhäusern wohnt und mit wem er umgehen könnte.

Der Katastrophenschutzplan kann helfen, das Ganze zu institutionalisieren und vorzuschreiben, damit das auf dem Tableau ist. Dennoch betrifft das Ganze sehr die lokale Ebene, weil ein solches Wissen in der Umsetzung vor Ort wichtig ist.

Ich kann jetzt zwar nicht sagen, ob es mehr Klimaanlage oder weniger gibt, aber es ist der Bogen zum Aufziehen eines Zooms gespannt.

Meine Wahrnehmung ist, dass uns gerade wir in Deutschland sehr häufig hinter dem Datenschutz verstecken müssen. Als jemand aus der Gefahrenabwehr kann ich sagen, dass die notwendigen Informationen, um in einer Schadenslage agieren zu können, bei den Kollegen in den Niederlanden viel einfacher und gleichwohl viel komplexer zusammengestellt sind. Wie ist der Gesundheitszustand einer Person? Wie ist die Lebenssituation? Dabei handelt es sich natürlich um hochsensible Daten, die gut geschützt gehören; dennoch muss das mitdiskutiert werden. Deswegen ist es vielleicht gar nicht so einfach, das pauschal sozusagen mit überall zu vergleichen.

Ich komme noch einmal auf die Frage hinsichtlich des Hitzesommers zurück. Von den Kolleginnen und Kollegen aus dem Österreichischen Roten Kreuz weiß ich, dass sie an der Gründung des Teams Österreich und an einer flächendeckenden App beteiligt waren. Bei dieser Onlineapplikation war es den Bürgern möglich, Kälteinseln einzugeben. Das heißt, die teilenden Bürger konnten Bereiche zur Schaffung einer Zuflucht vor der Hitze und Bereiche, in denen man Zuflucht findet, sowohl eintragen, als auch über diese App abrufen. Solche Ideen wären vielleicht ebenfalls eine Möglichkeit.

Um so etwas effektiv durch- bzw. umzusetzen, sind mehrere Akteure gefragt. Beim Team Österreich hat das Ganze ein großer österreichischer Radiosender von Anfang an begleitet und in die Breite der Bevölkerung gebracht. Weil wir als Selbstorganisation über unsere Kanäle meistens nur die Menschen erreichen, die wir kennen, bedürften wir einer entsprechenden Unterstützung, um ein solches Instrument zu kreieren, wobei es bei den Kollegen in Bayern bereits Bestrebungen in einzelnen Kreisverbänden gibt. Ein solches Instrument kann meines Erachtens allerdings nur dann wirken, wenn es flächendeckend verfügbar ist und flächendeckend hilfreich sein kann.

Dann gab es noch die Frage, inwiefern man Erfolge aus der Vernetzung beim Projekt „AUPIK“ ableiten könne. Die Schneesituation 2019 in Bayern ist ein Beispiel, das mir in diesem Zusammenhang präsent ist. Damals waren vier Landkreise insoweit massiv betroffen, als dass keine Erreichbarkeit mehr gegeben war. Dort hat ein Kreisverband des Bayerischen Roten Kreuzes zu dem Mittel gegriffen, mit den Pflegediensten Kontakt aufzunehmen und für sie einen Shuttleservice mit allradtauglichen Fahrzeugen zu etablieren, damit die Pflegedienste nach Möglichkeit noch alle Menschen erreichen.

Natürlich mussten die Behandlungen und die pflegerische Versorgung entsprechend angepasst werden. Tätigkeiten wie das Waschen der Patienten wurden zurückgestellt, aber die Medikamentengabe und die dringend notwendige Versorgung konnten sichergestellt werden. Damals hat sich aber auch gezeigt, dass Menschen, die Pflegedienste außerhalb dieser Wirkosphäre hatten, so nicht erreicht werden konnten. Wenn der Pflegedienst aus der Nachbarstadt kam, konnte der Patient über dieses Instrument nicht gut abgeholt bzw. nicht erreicht werden.

Ich denke, dass die Konzepte, die in den Projekten pilothaft erarbeitet werden, insgesamt wirksam sind. Es sind jedoch, wie gesagt, immer Projekte an einzelnen Stellen.

Des Weiteren gab es die Frage zum Umgang mit vulnerablen Gruppen und – so habe ich die Frage aufgefasst – über welche Möglichkeiten wir als Selbstorganisation verfügen müssten bzw. welcher Maßnahmen es hinsichtlich eines spezifischen Umgangs bedürfte.

Ja, wir brauchen Unterstützung. Zu Zeiten des kalten Krieges gab es das Schwesternhelferinnenprogramm. Im Zuge dessen wurden Menschen für pflegerische Maßnahmen ausgebildet, um in großen Schadenslagen helfen zu können. Das ist komplett weggefallen. Jetzt spricht man auf der Bundesebene wieder darüber, Pflegeunterstützungskräfte auszubilden. Das fordern auch wir Selbstorganisationen, denn wir brauchen Unterstützungskräfte, die gerade in diesem spezifischen Bereich den im Alltag tätigen Firmen unter die Arme greifen und Aufgaben übernehmen können.

Hierzu bedarf es natürlich auch des entsprechenden Materials, und – damit sind wir beim Katastrophenschutz in Nordrhein-Westfalen – darüber verfügen wir nicht. Das Material, das wir in der Organisation vom Land gestellt bekommen, ist nicht darauf ausgelegt, pflegebedürftige Personen zu versorgen. Wir haben Feldbetten, aber wir haben zum Beispiel keine Pflegebetten. Auf einem Feldbett lässt sich eine pflegende Person allerdings nicht adäquat versorgen.

Unsere Helfenden waren bisher ebenfalls nicht gut auf solche Situationen vorbereitet. Um hier Abhilfe zu schaffen und Grundmaßnahmen sicherstellen zu können, haben wir im Verband Ausbildungsprogramme entwickelt und begonnen, die Menschen, die bei uns als Einsatzkräfte im Betreuungsdienst sind, in pflegerischen Grundmaßnahmen auszubilden.

Dr. Sascha Rolf Lüder (Deutsches Rotes Kreuz): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich würde gerne wieder die gegenwärtige Gesetzgebung im Land in den Blick nehmen. Es gibt bereits erste Ansätze, wenn es um die Verzahnung von Gesundheitswesen, Rettungswesen und Katastrophenschutz geht. Wenn ich an die letzte Novelle des Rettungsgesetzes 2014/2015 zurückdenke, sieht der Gesetzeswortlaut an dieser Stelle sinngemäß vor – dieser Passus wurde seinerzeit in das Gesetz neu eingefügt –, dass der Rettungsdienst unter anderem mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, mit dem Gesundheitswesen und mit den Katastrophenschutzbehörden zusammenarbeiten soll oder sogar zusammenarbeitet.

Damit will ich sagen, dass es Ansätze in diese Richtung gibt, die bislang aber eher ein Pflänzchen sind. Als Mitkommentator des Rettungsgesetzes NRW muss ich feststellen, dass es diese Vorschrift gibt. In der Praxis ist sie bislang aber relativ dünn in der Anwendung. Insoweit besteht hier sicherlich eine Chance bzw. Luft nach oben. Denn es geht genau darum – wir haben das in unserer Stellungnahme deutlich gemacht –, dass die Einsatzkräfte der Hilfsorganisationen und die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen geschult werden müssen, um die spezifischen Bedürfnisse und Anliegen vulnerabler Gruppen besser zu verstehen und angemessen darauf reagieren zu können.

Am Ende bedarf es auch hier eines rechtlich verlässlichen Regelwerks, das unter anderem den Datenschutz in den Blick nimmt. Ansätze sind, wie gesagt, vorhanden, und man sollte angesichts der beiden anstehenden Gesetzesnovellen sowohl im Rettungsgesetz als auch im Gesetz über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz seitens der Politik den Mut haben, in diese Richtung weiterzugehen.

Vorsitzender Dr. Harmut Beucker: Sind die Antworten auf Ihre Fragen ausreichend beantwortet? – Damit können wir mit der nächsten Runde beginnen. Dieses Mal gehen wir nach der Sitzordnung vor. Herr Bakum, bitte.

Rodion Bakum (SPD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Herr Rettstadt, Sie haben einzelne Punkte wie die Einbindung in Krisenstäbe oder das neue Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit genannt. Könnten Sie aus der hausärztlichen bzw. ambulanten Perspektive schildern, welche Maßnahmen notwendig wären, damit Sie strukturell in die Identifikation und den Schutz von vulnerablen Gruppen eingebunden wären? Als Stichworte nenne ich hier Kommunikation, Fortbildungen, Übungen, Resilienz und Selbsthilfe.

Jule Wenzel (GRÜNE): Frau Middendorf, als Beauftragte der Landesregierung stehen Sie in besonderem Maße in Kontakt mit vulnerablen Gruppen. Sie haben gerade ausgeführt, wie gewinnbringend es war, während der Pandemiezeit für Betroffene direkt ansprechbar gewesen zu sein. Gibt es weitere Maßnahmen, die in NRW oder in anderen Bundesländern ergriffen wurden, um die Beteiligung von vulnerablen Gruppen zu verbessern, und in welchen Bereichen könnten Sie sich vorstellen, dass weitere Anstrengungen hilfreich wären?

Christian Berger (CDU): Unsere Frage, mit der wir vertiefen, was in Richtung der Kommunikationsangebote und Unterstützungsmaßnahmen dargelegt wurde, richtet sich auch wieder an Claudia Middendorf. Was bieten die Landesregierung und die Beauftragte der Landesregierung zur Unterstützung der Menschen mit Behinderung und der Patientinnen und Patienten an? Könnten Sie dabei auf die Resilienz dieser Angebote eingehen? Denn wir haben heute auch gehört, wie wichtig es ist, dass diese Angebote in Krisensituationen weiter funktionieren.

Susanne Schneider (FDP): Ich gebe die Fragemöglichkeit an Herrn Professor Streeck weiter.

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Sachverständiger EK II): Frau Middendorf, mich treibt seit der Pandemie um, was Wolfgang Schäuble damals sagte. Wolfgang Schäuble sagte im Grunde – ich muss das paraphrasieren –, dass nicht immer der Schutz vor einer Infektion an oberster Stelle stehe, sondern die Würde des Menschen. Für diesen Satz, der eigentlich sehr wahr war, hat er damals sehr viel Kritik geerntet.

Bei vulnerablen Gruppen ist es nicht immer so, dass man unbedingt einen Schutz vor einer Infektion haben muss, denn manchmal sind die psychische Gesundheit, körperliche Nähe oder eine Umarmung vor allem am Ende des Lebens wichtiger als die Verhinderung einer Infektion. Wie schafft man es, eine Richtlinie oder eine Handhabung hinzubekommen, bei der eine Abwägung zwischen psychischer Gesundheit, psychischem Wohlergehen und dem Schutz vor einer Infektion stattfindet? Dabei stehe ich auch selbst vor einem großen Fragezeichen. – Vielen Dank.

Dr. Hartmut Beucker (AfD): Herr Rettstadt, sind Ihnen Situationen bekannt, in denen Sie bei Ihnen oder bei Kollegen gerne mehr geholfen hätten, aber Ihnen das aufgrund von Kontakt- und Hygieneschutzauflagen Schwierigkeiten bereitet hat? Das ist eine Art Zielkonflikt, und mich würde hierzu eine Erfahrung aus der Praxis interessieren. – Vielen Dank.

Vorsitzender Dr. Hartmut Beucker: Frau Middendorf, bitte.

Claudia Middendorf (Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen): Ich möchte zunächst auf die Frage von Herrn Professor Streeck eingehen, bei der es um ein besonderes Thema geht, das auch mich als Beauftragte in der Pandemiezeit umgetrieben hat. Sie haben die Würde des Menschen angesprochen. Während der Pandemie waren insbesondere die Besuchsregelungen aufgehoben. Ich hatte mein Bürgertelefon bereits sehr früh eingerichtet, und mich riefen viele Bürgerinnen und Bürger an, die mir schilderten, dass sie zum Beispiel ihren Mann oder ihre Frau im Seniorenheim nicht mehr besuchen könnten oder keine Möglichkeit bestehe, ihr an einem Gehirntumor schwer erkranktes Kind im Krankenhaus zu besuchen.

Ich habe mit Herrn Minister Laumann über dieses Thema gesprochen, weil es mich auch aufgrund der Schilderungen der Menschen in den Telefonaten oder in den Begegnungen immer umgetrieben hat. Wir haben dann sehr schnell die Dialogstelle eingerichtet, in der wir, ich sage einmal, als Mediator bei den Akteuren im stationären Bereich – sei es in der Eingliederungshilfe, in der Altenhilfe oder in den Krankenhäusern – im Hinblick auf die Besuchsregelungen agiert haben, wenn es nötig war, weil die Menschen physische und psychische Unterstützung benötigten.

Es ist deutlich geworden, dass es gut und richtig war, diese Öffnungen relativ schnell vorzunehmen. Sie können sich sicher an das Muttertagsgeschenk erinnern, das Herr Laumann mit der Öffnung der Seniorenheime gemacht hat. Damals gingen alle Senioreneinrichtungen auf die Barrikaden nach dem Motto: Was macht der Minister da? Wie können unsere vulnerablen Personen, die im Seniorenheim leben, diese Besuche empfangen und erwarten, und wie gehen wir damit um? – Das war aber genau der richtige Weg, und so etwas müssten wir immer wieder tun, denn wir dürfen die Menschen nie alleine lassen.

Ich denke, das Allerschlimmste war, dass in dieser Zeit Menschen alleine verstorben sind. Herr Laschet hat in seiner Zeit als Ministerpräsident den Landtag gebeten, an die Menschen zu denken, die alleine gestorben sind und deren Angehörige verzweifelt Argumente dafür gesucht haben, wie das passieren konnte. Wir müssen dafür Sorge tragen, dass so etwas nicht mehr passiert.

Damals haben wir aber daraus gelernt und sehr schnell reagiert. Herr Minister Laumann ist dankenswerterweise relativ zügig auch über die bei mir als unabhängiger Person angesiedelten Dialogstelle auf die Einrichtungen zugegangen, damit die dort lebenden Menschen einen würdevollen Umgang erfahren.

Herr Berger, Sie erkundigten sich nach der Kommunikation und den Angeboten. Wir haben in der Pandemie mit der Schaffung regelmäßiger Kommunikationsmöglichkeiten durch erleichterte Videoschalten, kurze Wege oder kurze Telefonate einen guten Mechanismus gefunden. Das kann ich nur immer wieder sagen. Ich bin auch froh und dankbar darüber, dass die Ministerien das fortsetzen, denn es hätte genauso gut sein können, dass man nach der Pandemie nach dem Motto „es ist alles gelaufen“ nicht mehr darüber spricht. Diese Kommunikationsstränge und diese Angebote laufen aber kontinuierlich und immer in Begleitung der Beauftragten weiter, und wir richten den Blick darauf, welche Fragestellungen notwendig sind.

Ich nenne Ihnen in diesem Zusammenhang ein Beispiel. Wie Sie wissen, durften sich die Selbsthilfegruppen nicht treffen, weil ihnen teilweise chronisch erkrankte Menschen angehören. Ich erinnere mich dabei an die Selbsthilfe für Suchterkrankte und an die Selbsthilfe für psychisch Erkrankte, die aber regelmäßig Kontakte benötigt hätten. Damit durch das Alleinsein keiner in sein Suchtverhalten oder in seine Depression zurückfällt – Herr Professor Streeck hat die Würde des Menschen angesprochen –, haben wir gerade diese Selbsthilfegruppen sehr schnell wieder aufleben und sich wieder treffen lassen; wir haben es als notwendig erachtet, dass diese Menschen wieder in die Begegnung kamen.

Es gab diese Angebote, diese Kommunikation und diese kurzen Wege, und die Menschen wussten letztendlich auch, dass ich das Bindeglied in Richtung der Landesregierung war. Ich denke, das hat eine große Rolle gespielt.

Frau Wenzel, Sie fragten, ob es weitere Maßnahmen gebe und weitere Anstrengungen unternommen würden. Derzeit ist das nicht der Fall. Wir haben diese Kommunikationsebenen gefunden, sodass wir sagen, dass es keiner weiteren Maßnahmen bedarf, die wir hier umsetzen müssten.

Zudem wird es demnächst ein Landesgesundheitsamt geben. Dafür bin ich sehr dankbar, weil ich es genau so erlebt habe, wie es Herr Rettstadt dargelegt hat. Jede Kommune hat damals gehandelt, wie die Kommune es wollte. Es wurde aber nicht darauf geschaut, was die Menschen benötigen. Daher ist es wichtig, dass die Federführung künftig in einer Hand liegt und die Stränge in den kommunalen Strukturen laufen. Ich kann das nur unterstützen, weil es wirklich wichtig ist, das an einem Strang zu haben und nicht in den Kommunen jeweils eigene Stränge auszuleben.

Lars Rettstadt (Hausärzteverband Westfalen-Lippe): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Für uns, die Hausärztinnen und Hausärzte, ist es immer wichtig, in der Kommune einen Ansprechpartner zu haben, wenn es schwierig wird. Ein Hausarzt oder eine Hausärztin braucht, sei es beim Rettungsdienst oder beim Krisenstab, eine Telefonnummer. Man muss sich mit jemand vernetzen und sagen können: Mein Patient hat das und das Problem. Aufgrund von welchen Regelungen auch immer lässt sich das nicht angehen, und wir müssen eine Lösung finden.

Das heißt, wenn es für unsere Patientinnen und Patienten schwierig wird, ist es für uns wichtig, jemanden zu haben, den wir erreichen können, um gemeinsam individuell abgestimmte Lösungen zu erarbeiten. Die Schnittstellen sind daher das Thema schlechthin.

Das bedeutet aber nicht, eine große Kommission haben zu müssen, denn manchmal ist eine Schnittstelle einfach eine Telefonnummer. Dadurch ließe sich ganz viel regeln. Wenn man gut vernetzt ist bzw. wenn auch die Hausärztinnen und Hausärzte gut vernetzt oder sogar ein Teil der Krisenstäbe sind, klappt das immer ganz gut, weil dann ein Ansprechpartner vorhanden ist.

Solche Sachen müsste man standardisieren und Schnittstellen definieren. Damit wäre jemand da, der ansprechbar ist, und dadurch ließe sich auch in dem Rahmen, in dem wir uns bewegen, ganz viel lösen.

Es gab es die Frage nach schwierigen Situationen. Schwierige Situationen gab es häufig bei der Heimversorgung, weil jedes Heim die Desinfektionsvorschriften anders ausgelegt hat und die Zugänge zu den Patienten teilweise schwierig waren.

Die Hausärztinnen und Hausärzte haben komplette Teams, und sie haben große und kleine Praxen. In der Pandemie haben die Teams mit Mundschutz durchgearbeitet. Wir haben uns jeden Tag getestet, und wir haben weiter versorgt. Wenn man jedoch in ein Heim wollte, musste man mitunter eine halbe Stunde warten, bis ein erneuter Test durchgelaufen ist, um dann zu seinem Patienten zu kommen. Das war schwierig. Gleichwohl haben die Hausärztinnen und Hausärzte den Vorteil, fast immer und überall Zugang zu haben. Wenn man erklärt, der Hausarzt zu sein und versorgen zu wollen, klappt das bis auf wenige Ausnahmen. Insofern war das wiederum nicht besonders schwierig.

Allerdings erinnere ich mich auch an einen meiner Patienten, der in ein Heim kam, weil das Versorgungsdefizit zu Hause zu groß war. Zu Hause hatte der Sohn immer nach ihm geschaut. Im Heim gab es hingegen keinen Zugang. Der Patient hat sich aus dem Fenster gestürzt und ist gestorben. Das ist ein Beispiel für die psychischen Belastungssituationen, nach denen auch gefragt wurde.

Ich denke nicht, dass wir alles mit Verordnungen und Gesetzen regeln können, sondern ich denke, dass teilweise der gesunde Menschenverstand hilft. Wir schauen in Deutschland häufig – das ist jetzt eher eine philosophische Ansicht – auf die Vorschriften und halten uns daran. Manchmal sollte man aber lösungsorientierte Ansätze zulassen und probieren.

Mein Wunsch für ein Gesetz wäre, zu sagen: Schaut in schwierigen Situationen, dass ihr eine Lösung findet. – Zudem müsste klar sein, dass Lösungen gefunden und gesucht werden dürfen. Das würde uns weiter bringen, als nur einen starren neuen gesetzlichen Rahmen zu haben. Ein Wunsch bzw. eine Bitte an Sie wäre auch, die Schnittstellen und lösungsorientierte Ansätze im individuellen Fall zu berücksichtigen.

Vorsitzender Dr. Harmut Beucker: Vielen Dank, Herr Rettstadt. – Ich schaue in die Runde und sehe keinen Nachfragebedarf. Dann können wir mit der nächsten Runde beginnen. Herr Berger.

Christian Berger (CDU): Herr Rettstadt, gibt es bestimmte Maßnahmen oder Strategien, die Ihrer Meinung nach prioritär umgesetzt werden sollten, um die Resilienz und die Unterstützung für vulnerable Personengruppen zu stärken?

Rodion Bakum (SPD): Frau Middendorf, Sie haben das Stichwort „Kommunikation“ genannt, und in Ihrer Stellungnahmen ging es unter anderem um unterstützende Technologien. Diesbezüglich möchte ich Ihnen gerne die Möglichkeit geben, Werbung für Ihre Arbeit und für die Arbeit der Landesregierung zu machen.

Jörg Marx, der Sozialplaner der Stadt Mülheim an der Ruhr, der heute leider nicht anwesend ist, hat in seiner Stellungnahme deutlich dezidiert auf die digitale Bildung, auf Erklärvideos und auf die Kommunikation über Apps nicht nur one way, sondern auch von den Bürgern zurück – Stichwort: psychosoziales Krisenmanagement – hingewiesen. Wie arbeiten Sie bzw. die Landesregierung gerade an diesem Thema?

Jule Wenzel (GRÜNE): Wir geben unsere Fragemöglichkeit wieder an unsere ständige Sachverständige Frau Professor Hofinger weiter.

Prof.'in Dr. Gesine Hofinger (Sachverständige EK II [per Video zugeschaltet]): Ich möchte gerne eine Doppelfrage an das BRK richten. Sie hatten den sehr wichtigen und interessanten Aspekt der Pflegeunterstützungskräfte angesprochen. Pflegeunterstützungskräfte sollen in der Grundpflege helfen. Könnten Sie sich vorstellen, dass diese Unterstützung auch für andere Vulnerabilitäten nützlich ist, oder würden wir dafür weitere Ausbildungen benötigen?

Des Weiteren sagten Sie, dass Sie bereits angefangen haben, Ihre eigenen Einsatzkräfte für die grundpflegerische Tätigkeit auszubilden. Die Zielgruppe der Konzepte für die Pflegeunterstützungskräfte sind aber eigentlich alle Bürgerinnen und Bürger. Welche Schulungsbedarfe und welche Ressourcenbedarfe, vielleicht spezifisch auch im Land in Kooperation mit anderen Ebenen, sehen Sie diesbezüglich? – Vielen Dank.

Susanne Schneider (FDP): Frau Middendorf, Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass eine allgemeingültige Aussage im Hinblick auf Handlungsempfehlungen nicht getroffen werden könne. Ist aus Ihrer Sicht wirklich kein Best-Practice-Beispiel oder keine Handlungsempfehlung vorhanden, die Sie der Enquetekommission auch im Sinne des All-Gefahren-Ansatzes mitgeben könnten? – Danke.

Dr. Hartmut Beucker (AfD): Frau Middendorf, der Infektionsschutz und Social Distancing spielten in der Pandemie eine große Rolle. Das steht jedoch schon fast offensichtlich im Gegensatz zu den psychosozialen Bedürfnissen vulnerabler Personengruppen. Ich bin Jurist, und deshalb ist es ganz normal, dass bei mir hier der Begriff der Verhältnismäßigkeit aufpoppt. Wie wäre zu sichern, dass auch außerhalb von späteren gerichtlichen Überprüfungen schon einmal feststeht, wie die Verhältnismäßigkeit ist, und das gesondert untersucht wird? – Vielen Dank.

Claudia Middendorf (Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen): Herr Bakum, zu Ihrer Frage nach der Kommunikation, digitalen Videos und digitalen Plattformen: Die Pandemie hat uns gezeigt, dass wir uns digital auf den Weg gemacht haben. Darüber hinaus haben wir auf den Weg gebracht, das für die Akteure, die es betrifft

Anhörung von Sachverständigen
 Enquetekommission II
**„Krisen- und Notfallmanagement im Kontext von Pandemie
 (vulnerable Gruppen)“**

am 26. April 2024

10.00 Uhr bis (max.) 12.30 Uhr, Raum E1 D05, Livestream

Tableau

Stand 26.04.2024

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Beauftragte der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung und der Patientinnen und Patienten Claudia Middendorf Düsseldorf	Claudia Middendorf	18/1451
Goethe-Universität Frankfurt am Main Professorin Dr. Sabine Andresen Frankfurt am Main	<i>Keine Teilnahme</i>	---
StädteRegion Aachen A 38 Amt für Brandschutz, Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz Andreas Dovern Aachen	<i>Keine Teilnahme</i>	18/1435
Stadt Mülheim an der Ruhr Stabsstelle Sozialplanung und Statistik Jörg Marx Mülheim an der Ruhr	<i>Keine Teilnahme</i>	18/1455
Deutsches Rotes Kreuz (DRK) Dr. Sascha Rolf Lüder Düsseldorf	Dr. Christian Illing Dr. Sascha Rolf Lüder	18/1449
Hausärzteverband Westfalen-Lippe e.V. Lars Rettstadt Unna	Lars Rettstadt	---
Dr. Gunter Frank Heidelberg	<i>Keine Teilnahme</i>	---